

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書
 （指定訪問看護事業者等）

| | | | | |
|--|------------|--|-------------------------------|----------|
| 指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者 | 名 称 | 株式会社〇〇 | 法人の名称 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 | 法人の事務所住所 | |
| | 代 表 者 | 住 所 | 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 | 代表者の自宅住所 |
| | | 氏 名 | 県庁 太郎 | |
| | | 生 年 月 日 | 〇〇〇〇年〇月〇日 | 代表者の生年月日 |
| 職 名 | 代表取締役 | | | |
| 訪問看護ステーション等 | 名 称 | 訪問看護ステーション〇〇 [開設日： 〇〇〇〇年〇月〇日] [医療機関コード（7桁）： 〇〇〇〇〇〇〇] | 提出時点で厚生局から付与されていない場合は、ご連絡ください | |
| | 所 在 地 | (〒 〇〇〇-〇〇〇〇) 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇 [電話番号： 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇] | | |
| | 職 員 の 定 数 | (別紙) | | |
| <p>上記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>また、同法第59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号まで及び第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p>〇〇〇〇年〇月〇日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 指定介護予防サービス事業者</p> <p>所在地 栃木県〇〇市〇〇 〇-〇-〇 名 称 株式会社〇〇 代表者 代表取締役 県庁 太郎</p> <p>栃木県知事 様</p> | | | | |
| | | | 法人の事務所住所 | |
| 法人の名称 + 代表者の職名 + 代表者の氏名 | | | | |